



Analyse de scénario

Obstétrique

Fiche équipe

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une jeune femme de 26 ans est suivie pour une première grossesse dont l'évolution clinique et paraclinique est physiologique. Le terme est prévu le 22 mars.

Les 15 et 16 mars, la patiente est accueillie dans le service des urgences obstétricales pour des pertes glaireuses ou sanglantes. Après examens cliniques et paracliniques normaux, la patiente est autorisée à retourner au domicile avec des consignes précises pour se présenter de nouveau au sein du service. Le 21 mars vers 0h30, la patiente se présente dans le service des urgences de la maternité. Elle est à 40 SA et 3 jours. Elle présente des CU toutes les 5 minutes depuis 2 heures (soit depuis 22h30). Elle est prise en charge par une sage-femme qui réalise un examen clinique et constate : un col court dilaté à un doigt, une position céphalique juste appliquée, des pertes vaginales verdâtres et malodorantes. Un test spécifique de dépistage de la rupture prématurée des membranes de type Eliprom® est pratiqué et s'avère négatif. Un prélèvement pour un examen cytot bactériologique des urines est réalisé ainsi qu'un prélèvement vaginal pour analyse bactériologique. Les mouvements fœtaux sont actifs. Le monitoring montre un tracé oscillant et réactif avec un rythme de base de 140 BPM et les CU semblent s'espacer dans le temps. Un bilan sanguin est prélevé et s'avère normal. La patiente présente des vomissements. Un second test Eliprom® est pratiqué et s'avère négatif. Le col utérin reste dilaté à un doigt et les CU s'espacent. La patiente est autorisée à retourner à domicile, vers 2 heures, avec les consignes usuelles qui lui sont indiquées (revenir au moindre signes de perte des eaux ou autres signes cliniques tels que : hyperthermie, baisse des mouvements actifs fœtaux, etc.).

Le 22 mars vers 4h05, la patiente est accueillie aux urgences de la maternité pour perte liquide amniotique sans en préciser l'horaire et contractions utérines. Le monitoring du RCF indique un rythme cardiaque entre 115 et 155 BPM et présentent des ralentissements atypiques à 90-100 BPM. Des mouvements actifs du fœtus sont notés. La sage-femme examine la patiente sur le plan clinique et le toucher vaginal indique une dilatation du col utérin à 1 doigt large. Elle met en place une voie veineuse périphérique. Elle contacte l'obstétricien d'astreinte pour lui faire part de l'analyse du tracé du RCF indique des ralentissements profonds tardifs répétés. Une décision de césarienne est prise entre l'obstétricien et la sage-femme. A 5h48 naissance par césarienne d'une fille de 2820g en état de mort apparente. Le score d'Apgar à une minute de vie est estimé à 2 (geignement ou gasp et Fréquence Cardiaque (FC) inférieure à 100 BPM), puis il est évalué à 0 à 5 minutes, puis à 1 à 10 mn de vie.

La pédiatre de garde est nouvellement arrivée dans le service et nouvellement diplômée. C'est la première fois qu'elle est de garde et ne connaît pas les lieux et matériels utilisés dans la structure.

Une réanimation néonatale est réalisée : une aspiration bucco trachéale très productive de liquide amniotique épais et teinté « purée de pois » est effectuée. Le nouveau-né est intubé par la bouche. Une ventilation au Neopuff est mise en place. Un massage cardiaque externe est réalisé. Un cathéter veineux ombilical est mis en place et permet 2 nouvelles injections de 100 µg d'adrénaline. L'état clinique du nouveau-né est inchangé : aréactif, pas de recoloration, FC inférieur à 100 BPM. A la 15^{ème} minute, le pédiatre décide de ré-intuber le nouveau-né devant l'absence de signes cliniques objectifs de l'efficacité des gestes de réanimation. Une FC est estimée à 100 BPM. Le nouveau-né est transféré en service de néonatalogie à 40 mn de vie.

Dans cet évènement selon vous ...

Quel est le principal dysfonctionnement ou défaut de soins ?

Identifiez-vous d'autres dysfonctionnement ou défauts de soins ?

Quels sont les facteurs contributifs ?

Quelles défenses auraient pu éviter cet évènement ?



Ce type d'évènement pourrait-il arriver dans votre service ?



Probabilité de survenue d'un tel scénario ?

Probable

Extrêmement improbable

Rare

Extrêmement rare

Evènement qui s'est déjà produit dans l'unité ?

Principales défenses existantes :



Principales vulnérabilités existantes :



Quelles actions pourraient être mises en place ?

